

## Ø. Midtvedt og medarbeidere svarer:

Vi takker professor Eivind Rødahl for gode kommentarer og innspill til vår kasuistikk om en pasient med Erdheim-Chesters sykdom. Rødahl etterlyser eventuell behandlingsrespons på vemurafenib (Zelboraf) hos vår pasient. Vi kan meddele at det ble startet opp med vemurafenib 480 mg to ganger daglig. Pasienten opplevde selv rask behandlingsrespons med tilbakegang av skjelettsmerter, bedret almenntilstand og syn. PETCT utført to måneder etter oppstart av vemurafenib viste tegn på god behandlingsrespons med tilbakegang av fluorodeoxyglykose (FDG)-opptak i benmarg, periaortalt, perirenalt og retroperitonealt, men uendret FDG-opptak i begge orbitahuler. MR orbita utført fire måneder etter oppstart viste uendret oppfylning intraorbitalt, men kontroll av synsfelt hos øyelege viste bedring av synsfeltet.

Til tross for behandlingen med vemurafenib har det dessverre tilkommet postrenal nyresvikt. Pasienten fikk innlagt bilateral JJ stent fem måneder etter oppstart av vemurafenib. En skal være forsiktig med vemurafenib ved nyresvikt, og dosen er derfor halvert. Nyrefunksjonen er i bedring, og vi håper at den positive utviklingen fortsetter.

Pasienten har gitt samtykke til at innlegget blir publisert.

**Øyvind Midtvedt**  
omidtved@ous-hf.no  
**Jan Tore Gran**  
**Hanne Solheim**  
**Eva Kirkhus**  
**Signe Spetalen**

Øyvind Midtvedt (f. 1964) er spesialist i revmatologi og overlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jan Tore Gran (f. 1949) er dr.med., spesialist i revmatologi, seksjonsoverlege og professor ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hanne Solheim (f. 1965) er spesialist i nukleærmedisin med spesialkompetanse på PET-CT. Hun er lege i spesialisering i radiologi. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eva Kirkhus (f. 1960) er spesialist i radiologi og overlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Signe Spetalen (f. 1970) er ph.d., spesialist i patologi og overlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Kronikken «Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett» (1) har ført til en debatt mellom professor Lars Jacob Stovner og artikkelforfatterne som har gått over flere måneder. Debatten i sin helhet kan leses i kommentarfeltet under kronikken på Tidsskriftets nettsider.*

## Re: Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett

Utgangspunktet for debatten er høyesterettsdommen og om premisene for den var korrekte, slik Sjaastad og Hesselberg diskuterte i sin kronikk (1). Da er det rett å se på det grunnlag som Høyesterett ble forelagt (begge Litauenstudiene), og det er irrelevant at Sjaastad og Hesselberg «i hovedsak beskjeftiget seg» med den første Litauenstudien, og «fortsatt gjerne vil holde seg til den». Det de skriver i sin kronikk under overskriften «Litauen-undersøkelsene» er følgelig feilaktig («bilførerene hadde vært utsatt for påkjørsler bakfra i gjennomsnitt 21,7 måneder tidligere»). Høyesterett fikk presentert et materiale som blant mye annet refererte til begge studiene fra Litauen, og der man i den ene identifiserte bilførere en uke etter at de var påkjørt bakfra.

Nok en gang: Høyesterett har ikke bedt de sakkyndige om å vurdere prognosen ved et sykdomsbilde, men etter en hendelse: Kan senere plager relateres til ulykkehendelsen mange år tidligere? Derfor er Litauenstudiene, som tar utgangspunkt i hendelser

(påkjørslar bakfra), mer relevante enn studier som tar utgangspunkt i personer med sykdom eller symptomer som hodepine og nakkesmerter.

Jeg har aldri sagt at det var en fordel med mannsovervekt, men at det iallfall ikke gjorde studiene irrelevante i Høyesterettsaken, siden den gjaldt en mann. For den generelle debatten om nakkesleng er mannsovervekten antakelig ikke av stor betydning siden langtidsprognosen etter påkjørsel bakfra ut fra andre studier ikke later til å være ulik hos menn og kvinner.

Sjaastad og Hesselbergs kronikk er lite eksplisitt på mange punkter. For eksempel, mener de at det er metodisk korrekt at: «I de fleste nakkeslengsmaterialer har den skadete selv oppsøkt helsevesenet og derved blitt definert som pasient»? Eller mener de som undertegnede at dette gir opphav til helt uoversiktlig seleksjonsskjevhet i forhold til årsaksspørsmålet? Eller har de et tredje standpunkt? Og videre, hva menes med at en formulering i dommen «kan synes å være en undervurdering av det sublime med å være kliniker»? Og hva med utsagnet om at deres syn deles av «erfarne nevrologer og hodepinespesialister internasjonalt»? Mange slike personer deler mitt syn, men hvilken relevans har det? Videre, i siste avsnitt av kronikken, påstås det at den «alminnelige fornuft tilsier at det er en årsakssammenheng mellom traume og sensymptomer». Mener de at man som sakkyndig i Høyesterett skal foreta gallupundersøkelser blant folk flest for avdekke årsaker til sykdom og plager? Sjaastad og Hesselberg kjenner antakelig til at den samme alminnelige fornuft i tidligere tider mente at sykdom var forårsaket av onde ånder.

Denne diskusjonen går nå i ring. Jeg tror den kan ha vært av verdi for å tydeliggjøre skillelinjer når det gjelder forståelse av vitenskapelighet, og at den kan være avklarende dersom noen i lignende saker fremmer synspunkter på tolkning av data som ligner de Sjaastad og Hesselberg har.

**Lars Jacob Stovner**  
lars.stovner@ntnu.no

Lars Jacob Stovner (f. 1953) er professor ved Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Interessekonflikter: Forfatteren har i 2013 mottatt honorar for foredrag om nakkesleng i Personskadeforbundet.

## Litteratur

1. Sjaastad O, Hesselberg JP. Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 721–4.

## O. Sjaastad & J.P. Hesselberg svarer:

Vi har ifølge Stovner ment at andre artikler i Litauen-serien – «ikke SKAL omtales» (altså et påbud). Det har vi selvsagt ikke skrevet. Vi skrev at vi i hovedsak har beskjeftiget oss med den første, skjellsettende artikkelen og at vi i fortsettelsen gjerne ville holde oss til den, av nevnte grunner. Det er en himmelvid forskjell mellom disse to utsagnene. Kanskje kunne Stovners presisjonsnivå ha vært bedre.

Sykdomsbildet etter nakkesleng må være av en viss alvorlighet for at betegnelsen nakkesleng skal være berettiget. Vårt syn på dette er beskrevet i enkle, lettfattelige ordelag tidligere, og det kan ikke være noen grunn til å gjenta dette. Noen alvorlighetsgradering lot seg ikke inkorporere i Litauen-studien. Det gjør den eo ipso til en umulighet. Stovners skriverier om kjønnsfordelingen ved nakkesleng synes vi blir mer og mer underfundige.

Stovner har nå funnet frem til et nakkeslengsmateriale med en viss mannsovervekt. Så hva? Det at det gjennomsnittlig er ca.  $\frac{2}{3}$  flertall av kvinner i nakkeslengsmaterialer, indikerer jo ikke at alle nakkeslengsmaterialer har denne kjønnsratio; det kan til og med være en viss mannsovervekt. I Litauen-studien var imidlertid mannsdominansen på 78 % (i et senere materiale i serien var den på hele 86 %). Dette er langt hinsides den kjønnsratio som finnes

&gt;&gt;&gt;